

出産育児一時金 / 家族出産育児一時金 支給申請書

被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	フリガナ			
				氏 名			
	備 考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					
	事 業 所 の 名 称						
	分娩した被保険者の氏名 家 族				被保険者との続柄		
	及 び 生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日				
	分 娩 年 月 日	令和 年 月 日		死産の場合	月 日 流 産 (妊 娠 カ月)		
	出 産 児 の 氏 名 死産・流産・人工妊娠中絶の場合 記載は不要				出産児と被保険者との続柄		
	産院等で分娩した時は その名称及び所在地		名 称 所 在 地				
	分娩者が6ヶ月以内に他 の健康保険組合に所属し ていた場合		名 称 所 在 地 電 話 番 号 () 被保険者証の記号・番号: 氏名:				
保土谷化学健康保険組合 理事長殿 上記により法定給付金 金 _____ 円を請求いたします。 令和 年 月 日 住 所 被保険者の 氏 名							
医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	分娩者の 氏名		分娩 年月日	令和 年 月 日	出産児の数		
	摘 要 (該当項目を○で囲む)	男 児 女 児	出産・死産(妊娠 カ月)		正 常 分 娩 異 常 分 娩	・単胎 ・多胎()児	
	※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 職名・住所 氏 名						
被 保 険 者 が 他 に 給 付 金 の 受 領 を 委 任 す る 場 合							
上 記 請 求 に 対 す る 金 員 の 受 領 を _____ に 委 任 い た し ま す 。 令和 年 月 日 被保険者の氏名							
領 収 書							
上 記 の 請 求 に 対 す る 給 付 金 と し て 金 _____ 円 也 を 領 収 い た し ま し た 。 令和 年 月 日 住 所 受領者の 氏 名							
受 付 印		処 理 欄	支給額 法定給付 円	理事長	常務理事	事務長	係